

## Derleme

### DOĞUŞTAN KALÇA ÇIKIKLIĞININ YENİDOĞAN DÖNEMİNDE TANISI

Dr. Birol Gülman\*

#### Giris

Doğuştan kalça çıkığı (DKÇ) tanısı ne kadar erken koyulabilirse tedavi metodlarının okadar kolay ve sonuçlarının da okadar iyi olacağı bilinen bir gerçektir<sup>1,3,4,5,7</sup>. Yenidoğan döneminde kalça displazisi tanısı koyulan çocuklarda basit abduksiyon atelleri kullanılarak % 96 başarılı sonuçlar elde edilmiştir<sup>1,4</sup>. Bu konuda önemli sorumluluk çocukla yakın ilişkisi olan doğum uzmanları, pediatrist, ortopedist, pratisyen hekim, ebe ve çocuk hemşirelerine düşmektedir.

Literatürde DKÇ'nin erken tanısında kullanılan bir çok klinik ve radyolojik tanı metodu bildirilmiştir. Biz bu derlemede yenidoğan döneminde erken tanı metodlarını gözden geçireceğiz.

#### Hikaye

Yenidoğan çocukta DKÇ düşündürecek bir çok hikaye verisi mevcuttur.

a — DKÇ kız çocuklarda 4 - 10 defa sık görülmektedir<sup>1,3,5,6,7</sup>.

b — İlk doğumlarda DKÇ daha sık görülmektedir<sup>2,3</sup>. Normalde doğumların % 3'ü makadi geliş şeklinde olmaktadır, bu şekilde doğan bebeklerde DKÇ görülme sıklığı % 25 - 50 olarak bildirilmektedir<sup>1,4,5,6</sup>.

\* Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi Anabilim Dalı Yardımcı Doçenti.

c — Salter vakalarının % 20'sinde, Özdemir vakalarının % 55'inde ailede proband dışında bir veya birden fazla DKÇ vakası bulmuştur<sup>6</sup>. Wynne-Davis, anne veya babadan birinde DKÇ varsa % 6, anne babadan biri veya ikisinde ve kardeşte DKÇ varsa risk faktörünü % 36 olarak bildirmektedir<sup>1</sup>.

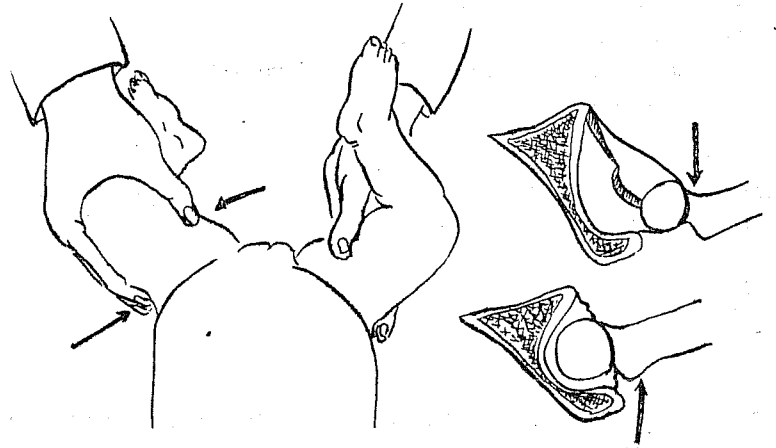
d — Diğer konjenital anomaliler; ayaklarda kalkaneo valgus, club foot, metatarsus adduktus ve tortikolis DKÇ ile beraber görülebilen deformitelere<sup>1,3,5,7</sup>.

### Klinik Bulgular

Yenidoğan döneminde DKÇ tanısı koyabilmek için en güvenilir metod Ortolani ve Barlow tarafından tanımlanmıştır<sup>1,3,4,5,7</sup>.

Ortolani testi: Diz ve kalçalar 90° flexionda iken kalçalar abduksiyona getirilir. Disloke olan kalçada femur başının asetabular yuvaya girmesi sırasında "Click" veya "clunk" sesi alınır.

Barlow testi : Bir el ile pelvis ve kalça sabit tutulurken diğer el baş parmak trokanter minörde, diğer parmaklar trokanter majörde olacak şekilde muayene edilecek kalça tutulur. Kalçalar addüksiyona getirilirken başparmak ile femur başı posterolaterale itilir, eğer femur başı dışarı kayıyorsa, hafif traksiyon abduksiyon ve trokanter majörden iterek femur başı asetabulumuna dönerse bulgular patolojik kabul edilir (Şekil 1).



Şekil 1 — Barlow testinin uygulanması.

Ortolani ve Barlow testlerinin yorumu : Doğuştan kalça çıkığında kalça instabilitesi üç tip olarak tanımlanır. 1— Disloke kalça 2— Disloke olabilir kalça 3— Sublukse olabilir kalça. Ortolani testi pozitif ise kalça dis-

lokedir. Barlow testi pozitif ise kalça disloke olabilir veya sublukse olabilir kalçadır. Tip üçte tam dislokasyon yoktur dışarı doğru kayma hissedilir<sup>1,4,5,7</sup>. Bu testleri uygularken duyulan veya hissedilen "Click" sesinin diz ve kalça çevresi normal oluşumlara bağlı olabileceği unutulmamalıdır.

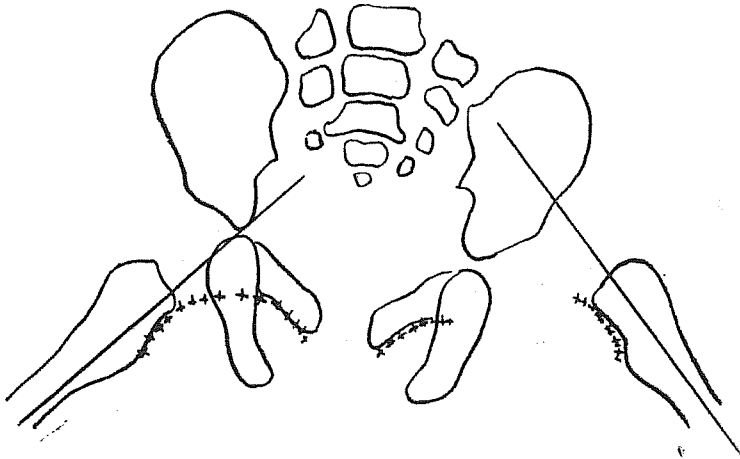
Abdüksiyon kısıtlanması : Bu olgunun erken dönemde yanıtıcı olduğu birçok yazarca belirtilmektedir. Fakat flexiondaki kalçada 60° ve altında olan kısıtlanmada DKÇ düşünülmelidir<sup>1,5,7</sup>. Doğumu takip eden birkaç hafta içinde eğer kalça disloke kalırsa abdüksiyon kısıtlanması belirgin bulgu olur<sup>5</sup>. Coxa vara, spastik çocuklar ve meningocel de test pozitif bulunabilir.

Uyluk pililerinde asimetri, çıkık tarafın kısalığına bağlı oluşmuş bulgudur. Kesin tanı bulgusu olmayıp iki taraflı vakalarda yanıtıcı olabilir. Yenidoğanda normal bebeklerde uyluk pililerinde asimetri % 33 olarak bildirilmiştir<sup>3,5,7</sup>.

#### Röntgen Bulguları

Yenidoğan döneminde pelvis ve femur üst ucunun büyük kısmı ossifiye olmamış kıkırdaktan oluştuğu için radyolojik kesin tanı tartışmalıdır<sup>1,4,5,7</sup>. Bu görüşe karşı DKÇ şüpheli çocuklarda ve diğer olabilecek anomalileride değerlendirmek yönünden radyolojik tetkik tavsiye edilmektedir<sup>1,5</sup>.

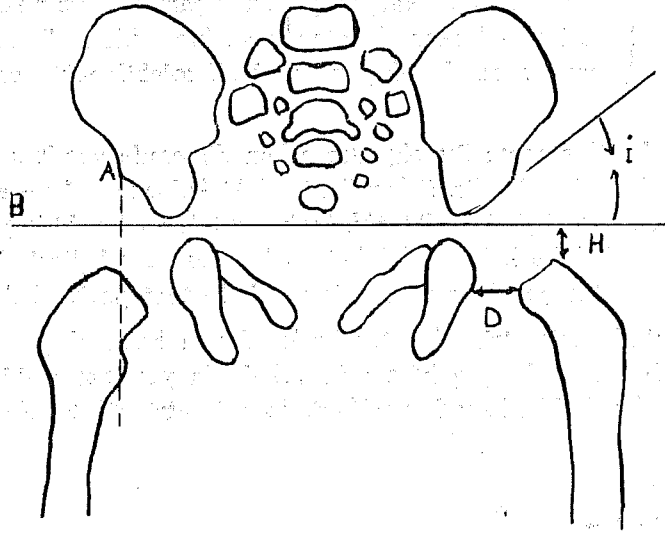
Von Rosen metodu : Yenidoğan döneminde kalçalar 45° abdüksiyon 25° iç rotasyonda çekilen pelvis grafisinde, femur uzun eksenini normalde Y kıkırdağı merkezini gösterir (Şekil 2). DKÇ de bu çizgi iliumu göstermektedir<sup>5</sup>.



Şekil 2 — Von Rosen belirtisi ve Shenton çizgisi.

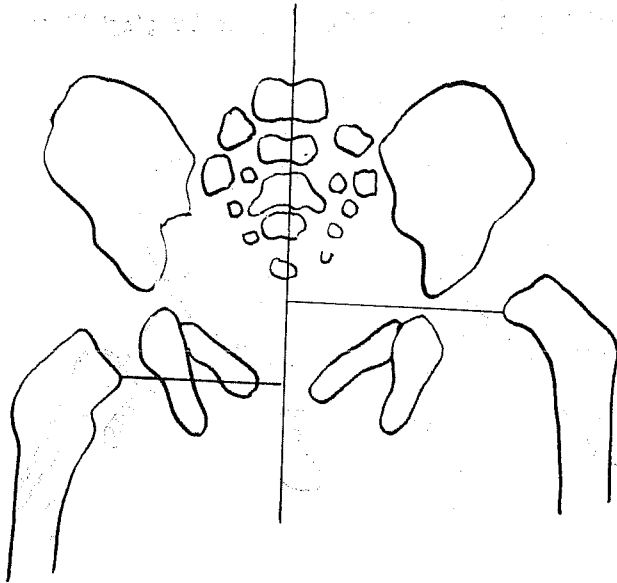
İçale aralığına göre ölçülür. (1) A: Perkins çizgisi, B: Hilgenreiner çizgisi, C: Asetabular index, D: Femur üst ucunun Hilgenreiner çizgisine olan uzaklığı, E: Femur üst uç medialinin pelvis lateral duvarına uzaklığı.

Şekil 3 — B: Hilgenreiner çizgisi, A: Perkins çizgisi, H: Femur üst ucunun Hilgenreiner çizgisine olan uzaklığı. D: Femur üst uç medialinin pelvis lateral duvarına uzaklığı. İ: Asetabular index.



Şekil 4 — Ponséti belirtisi. (1) A: Ponséti belirtisi, B: Ponséti belirtisi, C: Ponséti belirtisi, D: Ponséti belirtisi, E: Ponséti belirtisi, F: Ponséti belirtisi, G: Ponséti belirtisi, H: Ponséti belirtisi, I: Ponséti belirtisi, J: Ponséti belirtisi, K: Ponséti belirtisi, L: Ponséti belirtisi, M: Ponséti belirtisi, N: Ponséti belirtisi, O: Ponséti belirtisi, P: Ponséti belirtisi, Q: Ponséti belirtisi, R: Ponséti belirtisi, S: Ponséti belirtisi, T: Ponséti belirtisi, U: Ponséti belirtisi, V: Ponséti belirtisi, W: Ponséti belirtisi, X: Ponséti belirtisi, Y: Ponséti belirtisi, Z: Ponséti belirtisi.

Şekil 4 — Ponséti belirtisi. (1) A: Ponséti belirtisi, B: Ponséti belirtisi, C: Ponséti belirtisi, D: Ponséti belirtisi, E: Ponséti belirtisi, F: Ponséti belirtisi, G: Ponséti belirtisi, H: Ponséti belirtisi, I: Ponséti belirtisi, J: Ponséti belirtisi, K: Ponséti belirtisi, L: Ponséti belirtisi, M: Ponséti belirtisi, N: Ponséti belirtisi, O: Ponséti belirtisi, P: Ponséti belirtisi, Q: Ponséti belirtisi, R: Ponséti belirtisi, S: Ponséti belirtisi, T: Ponséti belirtisi, U: Ponséti belirtisi, V: Ponséti belirtisi, W: Ponséti belirtisi, X: Ponséti belirtisi, Y: Ponséti belirtisi, Z: Ponséti belirtisi.



Şekil 4 — Ponséti belirtisi.

Ön - arka pelvis grafisinde bulgular : Grafi alınırken extremiteler paralel olmalı patellalar anteriora bakmalı, dizler hafif flexionda olmalıdır. Pelvis ön - arka grafisindeki bulgular (Şekil 3, 4) de gösterilmiştir.

a — Hilgenreiner çizgisi : Y kırıkdağını birleştiren doğrudur. Femurun en üst noktası ile Hilgenreiner çizgisi arasındaki mesafe 9 mm'nin altında ise DKÇ lehine bulgudur<sup>1,2,4,5,7</sup>. Proximal femur ile pelvik duvar arası 6 mm den fazla ise Betrol DKÇ tanısı koymaktadır<sup>2</sup>.

b — Perkins çizgisi : Asetabulum endiş kenarından Hilgenreiner çizgisine indirilen dik çizgidir. Böylece dört kadrana oluşur. Normalde femur üst uç epifizi alt iç kadranda. Yenidoğanda epifiz gelişmediği için (N: 3 - 6 ayda görülür) femur üst ucunun dış kadranda olması DKÇ lehine bulgudur<sup>4,5</sup>.

c — Asetabular index: Asetabulumun en dış kenarı ile Y kırıkdağını birleştiren çizgi ile Hilgenreiner çizgisi arasında oluşan açıdır. Yenidoğanda bu açı 27,5° olarak verilir. Coleman 40° nin üzerini patolojik kabul eder<sup>1,4,5</sup>.

d -- Shenton çizgisi : Femur boynu medial kenarı ile obtrator kanalın üst kenarı bir eğri çizer. DKÇ de bu eğri bozulmuştur<sup>1,5</sup>. Grafi alınırken kalça dış rotasyonda ise eğri bozulabilir ve yanıltıcı olabilir.

e — Ponseti belirtisi : Vertikal çizilen sakrum orta çizgisi ile femur üst ucu arasındaki mesafe DKÇ de artmış olarak bulunur<sup>1</sup>. Coleman yenidoğan döneminde DKÇ tanısının aşağıdaki kriterlerden biri ile koyulabileceğini ifade eder<sup>3,4</sup>.

1 — Pelvis grafisi normal fakat femur başı Ortolani testi ile lateral veya posteriora displase oluyor ise,

2 — Ortolani - Barlow testleri ile femur başı displase edilemiyor fakat asetabular index 40° üzerinde ise,

3 — Femur başı laterale displase edilemiyor, asetabular index normal veya 40° üzerinde fakat femur üstü radyolojik olarak bariz lateral displasman gösteriyor ise,

4 — Röntgen bulguları var veya yok fakat flexiondaki kalçada anlamlı abdüksiyon kısıtlanması var ise,

5 — Yukarıdaki kriterlerin birleşik şekilleri yenidoğan döneminde DKÇ tanısı koydurmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Allen, S.E., Crenshaw, A.H. **Campbell's Operative Orthopaedics**. St. Louis: The C.V. Mosby, 1980.
2. Betrol, P., Macnicol, M.F., Mitchell, G.P. Radiographic features of the neonatal congenital dislocation of the hip., **J. Bone and Joint Surg.**, 64-B, 176-179, 1982.
3. Coleman, S.S. **Congenital Dysplasia and Dislocation of the Hip**. St. Louis: The C.V. Mosby, 1978.
4. Coleman, S.S., Management of congenital dysplasia and dislocation of the hip from birth to eighteen months of age in Tachdjian, M.O. Ed., **Congenital dislocation of the hip**. New York : Churchill Livingstone, 1982.
5. Hensinger, R.N., Congenital dislocation of the hip. **Ciba Found. Symp.**, 31, (1) 1979.
6. Özdemir, N., Doğuştan kalça çıkıklığının etyolojik evreleri ve genetik yönden incelenmesi. Girgin, O., Kurultay, R., Ed. **1981 Sakatlar Yılı Doğuştan Kalça Kırığı Kurs Notları**. Ankara: Mis Matbaası, 1981.
7. Paterson, D. The early diagnosis and screening of congenital dislocation of the hip in, Tachdjian, M.O., Ed., **Congenital Dislocation of the hip** New York: Churchill Livingstone, 1982.